DE L'OVARIOTOMIE

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE GAUCHE

OVARIOTOMIE — GUÉRISON

PAR

M. le docteur G. BODDAERT,

Chirurgien-adjoint de l'hôpital civil et des hospices d'aliénés à Gand, etc.



(Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, T. V, 3me série, n° 7.)

BRUXELLES,

LIBRAIRIE DE HENRI MANCEAUX,

IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,

8, Rue des Trois-Têtes, 8 (Montagne de la Cour).

1871

DE L'OVARIOTOMIE

Depuis que la chirurgie moderne a fait la conquête de l'ovariotomie, nos chirurgiens belges n'ont point encore eu une occasion fréquente d'en faire l'application. Jusqu'en cette année (1870), l'ovariotomie n'a été pratiquée que cinq fois, par les chirurgiens de notre pays. De ces cinq opérations, aucune malheureusement n'a été suivie de succès : toutes les opérées sont mortes à la suite des complications survenues.

Au mois d'octobre de cette année, j'ai pratiqué à Gand ma première ovariotomie, et l'opération a été suivie d'une entière réussite. Je suis heureux de pouvoir annoncer ce premier succès de la chirurgie belge dans l'application de l'ovariotomie, et je m'empresse de communiquer la relation du cas à l'Académie royale de médecine, espérant ainsi démontrer une fois de plus la légitimité de cette opération et les résultats favorables que les malades peuvent en attendre.

Au mois de septembre de cette année, M. le professeur Burggraeve m'invita à me rendre avec lui chez une de ses malades qui portait un kyste de l'ovaire. Voici les renseignements obtenus à notre première visite :

La malade est une demoiselle de 29 ans, et demeurant à Gand. Elle est l'aînée d'une famille de trois enfants : son père

vit encore; sa mère est morte, il y a cinq ans environ, des complications survenues à la suite d'une fièvre typhoïde. Jusqu'à l'âge de 24 ans, cette demoiselle n'avait jamais été sérieusement indisposée. A cette époque, elle fut prise d'une variole confluente, qui mit ses jours en danger. Elle s'en remit cependant complètement, et ne garda aucune trace de cette grave maladie. Il y a trois ans, la malade commença à ressentir une certaine gêne dans le bas-ventre. Pendant toute une année, ce fut le seul symptôme qu'elle observa. Elle consulta son médecin pour cet état anormal, mais la maladie étant à son début, passa inaperçue. Peu à peu cependant, le ventre prit du développement, et une tumeur devint apparente. Le traitement de son médecin habituel n'ayant produit que peu d'effets, la demoiselle se décida à recourir à l'homœopathie. Comme toujours la guérison radicale. fut promise; mais la tumeur ne se souciait guère des granules et marchait de plus belle. Après plusieurs mois de ce soi-disant traitement, la malade ne sentant aucune amélioration, renonça à ses visites chez l'homœopathe.

Telle fut la relation de la malade. Outre le développement anormal du ventre, la demoiselle nous fit encore remarquer que depuis quelque temps, elle maigrissait notablement. Son teint légèrement jaunâtre et la résorption du tissu graisseux sous-cutané de la face et des membres démontraient suffisamment l'altération de la constitution. Toutes les fonctions s'accomplissaient cependant encore avec régularité. Les digestions étaient bonnes, depuis quelque temps même l'appétit était notablement augmenté. La malade nous raconta qu'elle faisait ses quatre repas par jour, repas qu'elle digérait facilement. Elle avait été réglée à l'âge de 14 ans, et, depuis cette époque, la menstruation avait toujours été des plus régulières. Même dans ces derniers temps, les règles n'ont point paru être influencées par

le développement de la tumeur. A chaque période, elles se sont déclarées régulièrement et aussi abondantes qu'avant l'apparition de la tumeur. La malade n'accuse aucun dérangement dans les fonctions de la vessie. Les garderobes sont un peu moins fréquentes que d'habitude. La respiration est normale : le pouls est à 82 pulsations par minute, faible et régulier.

La demoiselle ne souffre pas beaucoup de l'affection qu'elle porte. Elle continue à diriger les affaires de la maison de son père, marchant et circulant sans trop de gêne.

L'abdomen est fortement développé, en haut la saillie est plus forte qu'en bas. La circonférence de l'abdomen, à hauteur de l'ombilic, mesure 98 centimètres : de l'appendice xyphoïde aux pubis, il y a 38 centimètres : de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche à l'ombilic, je mesure 28 centimètres, à droite la même distance n'est que de 26 centimètres. Au palper, nous constatons l'existence à gauche, sous la peau, de plusieurs saillies à côté de sillons assez prononcés. Le développement du ventre est produit par l'existence d'une tumeur à surface inégale. A droite, elle semble délimitée par une ligne tirée de l'angle inférieur des dernières côtes de l'épine iliaque antérieure et supérieure de ce côté. A gauche, la limite est moins tranchée, et il est difficile de la préciser. Les parois de l'abdomen semblent n'être point adhérentes : la peau peut être soulevée en un pli, et, pendant les mouvements, je ne constatai aucun bruit de frottement. La tumeur n'était point entièrement mobile, et elle ne suivait point les mouvements respiratoires. La percussion fit constater une matité s'étendant de bas en haut ; sur les côtés et à la partie supérieure, l'existence d'un son tympanique. La fluctuation était des plus manifestes à droite, et en bas, à gauche, elle était plus obscure. Les veines sous-cutanées abdominales n'étaient point élargies. La peau est uni-

formément tendue sur la tumeur. Les membres inférieurs ne présentaient aucune trace d'œdème.

Pour compléter notre diagnostic, nous convînmes de faire une ponction. Nous invitâmes M. De Moerloose, chirurgien de l'hôpital des enfants, à bien vouloir assister à cette opération. La ponction fut faite le 14 septembre. Le trocart employé fut un trocart d'environ cinq millimètres de diamètre. L'instrument fut introduit à gauche au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure. La ponction faite, il s'écoula lentement par la canule un liquide visqueux, épais, de couleur gris-brunâtre. La quantité qui s'écoula fut d'environ cent centimètres cubes. L'écoulement s'arrêta de lui-même; la tumeur ne s'affaissa point et ne parut pas avoir diminué par la ponction.

Ces symptômes recueillis, je portai le diagnostic : *Kyste de l'ovaire gauche, multiloculaire, à contenu visqueux, compliqué d'ascite.* Les chirurgiens consultants se rangèrent tous de mon opinion.

Quant à la question de l'ovariotomie, nous fûmes unanimes à en admettre l'indication. Les raisons qui nous déterminaient à proposer l'opération étaient l'amaigrissement que la malade accusait, le volume énorme de la tumeur et surtout son accroissement rapide. Tous les trois, nous fûmes d'avis que pour la malade, la seule chance de guérison, de salut même, était l'ovariotomie. Nous la conseillâmes à la malade : elle ne fit aucune objection et déclara qu'elle était prête à se soumettre à tout pour être délivrée de son mal.

Mes honorables confrères, MM. Burggraeve et De Moerloose, voulurent bien me charger de faire l'opération. Elle fut arrêtée au lundi 10 octobre, mais le samedi 8 octobre, les règles apparurent quinze jours plus tôt que d'habitude. L'opération fut reculée jusqu'après cette période et fixée au lundi suivant.

Je fis l'opération le lundi 17 octobre 1870. M. le professeur Burggraeve et M De Moerloose voulurent bien me servir d'aides. M. le docteur Charles Van Bambeke se chargea de déterminer et de surveiller l'anesthésie; elle fut obtenue au moyen du chloroforme. Deux élèves internes de l'hopital civil voulurent bien nous prêter leur assistance.

La chambre où se fit l'opération était un appartement exposé au sud et éclairé par deux fenêtres. Devant l'une de ces fenêtres, je disposai la table d'opération, table spéciale que j'avais fait construire d'après le modèle de celle employée par M. Spencer Wells, au Samaritan Free Hospital. Un feu ouvert était allumé dans la chambre d'opération et un vase rempli d'eau chaude était placé près du feu. Le matin, un lavement fut administré à la malade et, dès 10 heures du matin, toute nourriture fut supprimée. Avant de monter sur la table d'opération, la malade eut soin d'uriner, le cathétérisme fut inutile.

La malade enveloppée d'une longue chemise de flanelle, les jambes d'un caleçon de la même étoffe, le corps bien libre, sans lien, ni constriction d'aucune sorte, se coucha sur la table d'opération. M. le docteur Charles Van Bambeke procéda à l'administration du chloroforme. Quand l'anesthésie fut complète, je découvris le champ de l'opération. J'appliquai sur le ventre une toile en caoutchouc d'un mètre carré environ, portant au milieu une ouverture ovalaire de manière à laisser libre la région de l'opération. Les bords de l'ouverture faite à la toile en caoutchouc étaient fixés à la peau de l'abdomen au moyen d'une couche de l'emplâtre agglutinatif.

Au moyen d'un bistouri convexe, je fis, sur la ligne blanche, l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent. Cette incision avait environ douze centimètres de longueur et commençait à 4 centimètres en-dessous de l'ombilic jusqu'à une distance d'environ 5 centimètres du pubis. L'incision fut faite

seulement par petits coups de bistouri jusqu'au péritoine. Avant d'ouvrir le péritoine, j'eus soin d'arrêter l'hémorraghie des lèvres de la plaie. Quatre petites pinces de Dieffenbach furent appliquées sur les vaisseaux qui donnaient du sang. L'écoulement du sang s'arrêta et le péritoine fut incisé. Pour cela, je soulevai la membrane au moyen d'une érigne, et par un petit coup de bistouri, j'y fis une ouverture. J'y glissai une large sonde cannelée, et j'incisai toute la partie du péritoine qui se trouvait à cheval sur l'instrument. Je fis la même opération vers le bas, et le péritoine fut ainsi ouvert de toute la longueur de l'incision superficielle. Aucune goutte de liquide ne s'écoula pendant le temps de l'opération. La tumeur se présentait; je glissai l'index entre la paroi postérieure de l'abdomen et le kyste, et je constatai que la tumeur était adhérente à la paroi adbominale, à droite et à gauche. Je détachai avec prudence les adhérences et la tumeur rendue libre dans une certaine étendue apparaissait entre les lèvres de la plaie. Après m'être assuré de la fluctuation, je plongeai le trocart de Spencer Wells dans la loge du kyste. Un liquide brun-rougeâtre, très-fluide et abondant, s'écoula par le tube attaché à l'instrument. La tumeur se vida, et en l'attirant au dehors, je constatai que les adhérences existaient sur toute la paroi antérieure du kyste. La main droite bien essuyée et propre fut glissée entre le kyste et le péritoine pariétal, et par des manœuvres prudentes et appropriées, je parvins à détacher complètement la tumeur. Cette manœuvre ne fut point facile, mais en y procédant lentement et avec soin, je parvins à mon but.

Une poche volumineuse était vidée, mais la tumeur n'était point encore assez réduite pour passer facilement au travers de la plaie abdominale. Le trocart fut retiré, et une pince à larges mors plats fut appliquée sur l'ouverture faite. Une

seconde loge du kyste se présentait, j'y plongeai le trocart. Il s'écoula alors un liquide visqueux de consistance mucilagineuse analogue à celui que nous avions obtenu à la première ponction exploratrice. J'attirai la tumeur en dehors : pendant cette manœuvre, une adhérence épiploïque à la loge, qui venait d'être vidée, se montra. Elle était large d'environ cinq centimètres : je la détachai soigneusement au moyen des doigts, et la donnai à tenir à M. De Moerloose afin de ne point la laisser s'engager dans l'abdomen. Alors par des tractions douces, tout le kyste sortit. M. De Moerloose saisit immédiatement les lèvres de la plaie, les joignit et les tint appliquées l'une contre l'autre, afin de soustraire les parties contenues dans l'abomen au contact de l'air. M. Burggraeve se chargea de tenir le kyste. J'examinai immédiatement les faces de la tumeur et son pédicule. Aucune partie n'y était adhérente : le pédicule était de longueur moyenne, membraneux et non contourné sur lui-même. J'appliquai rapidement le nouveau clamp circulaire de Spencer Wells. Le clamp fut serré; une section faite au bistouri, à trois centimètres au-dessus du clamp, détacha complètement le kyste de son pédicule. Les branches de l instrument furent détachées et le pédicule muni du clamp, fut glissé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

La partie épiploïque que j'avais donné à garder, continuait à saigner, et pendant la manœuvre de sortie du kyste, elle était restée exposée à l'air. J'appliquai une ligature sur cette partie à environ cinq centimètres au-dessus de son bord adhérent. L'écoulement de sang pendant toutes ces manœuvres avait été très-peu abondant. J'épongeai la cavité abdominale et je passai à l'application des points de suture.

Le fil, dont je fis usage pour les sutures, était le fil spécial que Spencer Wells emploie dans les ovariotomies. Chaque suture comprenait toute l'épaisseur des parois abdominales, y

compris le péritoine. Les points de suture furent placés au moyen des aiguilles de Glover et de la pince porte-aiguille de Spencer Wells. Au moyen de ces instruments, je mis huit points de suture. Les fils étaient distants d'environ un centimètre et demi l'un de l'autre. Je commençai par l'angle inférieur de la plaie, posant la première suture au-dessus du pédicule, puis la seconde fut placée vers l'angle supérieur, la troisième de nouveau à l'angle inférieur au-dessus de la première et ainsi de suite, plaçant les sutures en bas et en haut, des extrémités de la plaie vers son milieu. Cela fait, je réunis tous les fils par un nœud, et je procédai à la toilette du péritoine. La partie inférieure de la cavité abdominale fut épongée; tout le sang fut enlevé. Il y avait bien peu de liquide sanguin dans l'abdomen, et aucun caillot. Après avoir nettoyé la cavité abdominale, l'épiploon fut étalé sur les intestins et épongé doucement avec des éponges propres. Cette manœuvre achevée, aucune trace d'écoulement de sang ne se faisant jour, je procédai à la fermeture de la plaie. Chaque fil du faisceau fut coupé et réuni par deux nœuds. J'eus particulièrement soin d'appliquer la peau des deux lèvres à la même hauteur, afin d'assurer la réunion par première intention.

Restait le pansement de l'opérée. Après avoir appliqué du perchlorure de fer sur la surface coupée du pédicule, je recouvris toute la plaie de pièces de lint et de deux petits sachets contenant la poudre anglaise pour l'absorption des odeurs. Ce pansement fut fixé au moyen d'emplâtres agglutinatifs. Dans le creux épigastrique, j'appliquai une épaisse couche d'ouate qui fut également retenue par des emplâtres. Tout cet appareil fut maintenu au moyen d'un bandage de corps.

Avant de mettre l'opérée au lit et pendant qu'elle était encore sur la table d'opération, un petit suppositoire opiacé fut appliqué.

L'après-midi à trois heures moins le quart, l'opération avait commencé, et à trois heures et demie, l'opérée était couchée dans son lit. L'opération, pansement compris, avait donc duré en tout trois quarts d'heure. La perte de sang avait été très-mimime, l'opérée n'avait pas perdu cent grammes de sang. Le liquide qui s'était écoulé du kyste, par les deux ponctions, mesurait onze litres et demi.

L'opérée fut couchée immédiatement dans un lit bien bassiné, enveloppée dans la chemise de flanelle et les jambes relevées par un coussin. Quelques nausées survinrent, mais heureusement elles ne passèrent point au vomissement. Je donnai quelques morceaux de glace; l'opérée les laissait fondre dans la bouche et ce petit moyen contribua à diminuer la fréquence des mouvements nauséeux. Peu à peu, ils disparurent complètement et vers les six heures du soir la malade se trouva dans un calme parfait. Le pouls est à 25 pulsations au quart.

A une heure de la nuit, le pouls se relève, la peau est chaude, la langue reste humide, la malade n'accuse aucune douleur, le ventre est mou, non douloureux. L'opérée se plaint d'une grande soif, la glace en petits morceaux l'en soulage. Depuis l'opération, l'opérée a uriné cinq fois, l'urine est claire et abondante. La malade dort de temps en temps, mais ne peut obtenir un sommeil continu. A quatre heures du matin, une transpiration assez abondante s'établit. Le pouls est à 28 au quart.

Le 18, au matin, l'opérée se sent sans fatigue et sans aucune douleur : elle n'est point abattue, loin de là, la physionomie est souriante. Son principal tourment est la soif : la langue est un peu sèche. Je lui permets une cuillerée de bouillon glacé toutes les heures. Pendant toute la journée le pouls reste à 28 au quart : le soir, il monte à 30. L'état satisfaisant continue. Un petit suppositoire opiacé est appliqué.

Le 19, au matin, le pouls tombe à 23 au quart. L'opérée a passé une bonne nuit : elle a dormi et se sent reposée. La transpiration persiste, la langue reste nette et est redevenue humide. Localement, aucun symptôme anormal. La soif est aussi intense que le jour précédent. Le bouillon glacé est continué ; entre chaque cuillerée, j'accorde un morceau de glace pour étancher la soif.

A trois heures, le pouls est à 21 au quart. L'état général reste des plus satisfaisants. Le soir, un suppositoire opiacé.

20 octobre. La nuit s'est bien passée, l'opérée a dormi plusieurs heures. Le pouls est à 22 au quart. Le pansement est enlevé pour la première fois. Le ventre est souple sans aucun gonflement. La plaie abdominale se présente bien, pas de rougeur ni de sensibilité au toucher. Le pédicule n'exhale aucune odeur. Le même pansement aux emplâtres agglutinatifs est réappliqué et le tout maintenu avec un bandage de corps. Je permets quelques cuillerées de bouillon de plus et de l'eau rougie.

Le soir, la malade perd un peu de sang par les organes génitaux externes. Suppositoire opiacé.

21. L'opérée a bien dormi, elle a passée une nuit excellente. Elle se sent sans aucune fatigue. D'un caractère très-gai, elle ne demande qu'à rire et à causer, et cette tendance dut être modérée plus d'une fois. Elle avoue elle-même ne s'être jamais mieux portée. L'opérée, pour toute nourriture, n'a pris jusqu'ici que du bouillon. L'appétit est revenu, je lui accorde du poisson et un verre de vin.

L'hémorrhagie par les organes génitaux a été un peu plus abondante. Ce symptôme est assez fréquent comme on sait, à la suite des ovariotomies. Il ne présente aucun caractère inquiétant, et doit être déterminé, à notre avis, par la sup-

pression de la circulation dans la tumeur ovarique. Cette suppression produit une congestion des organes génitaux internes, et l'écoulement du sang à l'extérieur. — La plaie marche vers la guérison, aucune douleur n'y existe. J'enlève trois points de suture, les fils retirés sont les deuxième, quatrième et sixième en commençant par en haut. Près du pédicule, je laisse les deux points qui se trouvent au-dessus du clamp. Le retrait des fils ne produit aucune douleur, pas un seul des fils n'a déterminé de la suppuration.

Le pédicule ne présente pas la moindre odeur.

Le 22, l'état satisfaisant continue. Le clamp est ouvert ; trois points du suture sont encore enlevés.

L'appétit se prononce de plus en plus. Les digestions sont bonnes, le ventre reste mou et complètement insensible. L'hémorrhagie par les organes génitaux a complètement cessé. J'accorde une portion de riz de veau, et un verre de vin, à prendre en deux fois.

23 octobre. J'enlève les derniers points de suture. En soulevant le clamp, la malade accuse un peu de douleur dans la région iliaque gauche, mais cette douleur est des plus légères.

Le régime de ce jour consiste en viandes blanches et du vin.

24 octobre. L'état général reste des plus satisfaisants. Deux lavements d'eau tiède sont administrés et restent sans effet.

Le 25, le clamp se détache complètement : toute la plaie abdominale est fermée, la cicatrice est ferme. A l'endroit où le pédicule a contracté des adhérences, l'abdomen présente un enfoncement d'environ 1 centimètre de profondeur. La peau est légèrement rétractée et plissée. L'enfoncement est formé par le pédicule, qui a attiré la peau vers la cavité abdominale.

Le 26, première selle. Les 27, 28, 29, 30 octobre, la convalescence s'achève.

Le 4 novembre, l'opérée se tient assise dans son lit.

Le 6, la malade se lève et se promène dans la chambre.

Le séjour au lit avait été un peu plus long peut-être qu'il n'était nécessaire, mais je voulais attendre la cicatrisation complète de la surface du pédicule avant de permettre à l'opérée de faire des mouvements.

Le 12, les règles ont reparu. La malade jouit d'une excellente santé : elle est complètement guérie et se félicite de la résolution qu'elle a prise. D'après cette relation, on voit que les suites de l'opération ont été des plus simples. L'opérée s'est remise rapidement et aucun symptôme inquiétant n'est venu enrayer la marche vers la guérison.

Examen de la tumeur. — La tumeur extirpée avait une forme oblongue; la partie supérieure de la tumeur était beaucoup plus large que la partie inférieure. Le kyste vide, étalé sur une planchette, mesurait 38 centimètres de hauteur sur 26 centimètres de large. Il était constitué par une loge principale très-grande surmontée d'un grand nombre de loges de volume très-variable. Toutes les petites loges existaient à la partie supérieure de la tumeur. La loge principale mesurait environ 27 centimètres de hauteur, une seconde avait environ le volume de deux poings, les autres étaient plus petites et très-variables de grandeur. Les deux loges les plus volumineuses étaient ponctionnées. La membrane qui les formait avait environ un demi-centimètre d'épaisseur. A l'intérieur de la grande loge et vers la partie supérieure existaient une quantité de petits kystes adhérents à la paroi interne. Ces petits kystes étaient de volume très-variable : les uns avaient la grandeur d'une noisette, tandis que d'autres étaient grands comme une petite pomme. Tous ces kystes étaient constitués par une membrane très-fine, transparente, et un liquide des plus fluides, rougeâtre, analogue à de la sérosité sangui-

nolente. La face supérieure des plus grands était plissée et les plis se réunissaient à une partie ombiliquée centrale. Ces petits kystes étaient adhérents à la paroi interne de la loge principale par une base très-large ; aucun d'eux n'était pédiculé. Au-dessus de la loge principale existaient, comme nous l'avons dit, des loges plus petites, dont l'une, la plus volumineuse, avait été ponctionnée pendant l'opération. Nous avons rapporté qu'il s'en était écoulé un liquide visqueux. Cette loge était simple et non cloisonnée. Mais à côté d'elle existaient trois loges aplaties, du volume d'un œuf de poule environ dont l'intérieur contenait un grand nombre de cloisons membraneuses, constituant de petites loges du volume d'un pois environ et remplies d'un liquide épais, de consistance mucilagineuse. Examiné au microscope, j'ai trouvé que ce liquide renfermait un grand nombre de granulations graisseuses et même une grande quantité de globules graisseux : puis des cellules de forme et de grandeur variables. La plupart de ces cellules étaient des cellules arrondies à petit noyau, analogues à des cellules d'épithélium pavimenteux, mais beaucoup plus granuleuses. A côté de ces cellules, qui étaient très-abondantes, j'en observai d'autres, plus rares, les dernières étaient très-volumineuses, de forme oblongue, renfermant plusieurs cellules plus petites, et un nombre considérable de granulations. A l'intérieur de ces cellules, le nombre des cellules était variable. Dans les plus petites, il en existait trois ou quatre seulement, mais dans les plus grandes, j'en ai compté jusqu'à douze. Les cellules renfermées dans ces grandes avaient le volume et la forme des cellules arrondies qui nageaient isolées dans le liquide. Dans plusieurs de ces cellules existaient des globules graisseux. Aucune des loges du kyste ne renfermait du pus. La tumeur extirpée ne portait point de partie du pédicule.

Quant aux procédés suivis dans l'opération, ce sont ceux que j'ai vu pratiquer à Londres par mon honorable maître M. Spencer Wells. J'ai religieusement observé, dans mon opération, les préceptes recommandés par cet éminent chirurgien, et je me suis efforcé d'imiter complètement sa manière d'opérer. Pendant mon séjour à Londres j'ai assisté à quatorze ovariotomies, parmi lesquelles onze furent pratiquées par M. Spencer Wells. J'ai pu voir de près les procédés employés par ce remarquable chirurgien, car outre les opérations qu'il faisait au Samaritan Free Hospital, et auxquelles j'ai assisté, M. Spencer Wells a eu encore la bonté de m'inviter à lui servir d'aide dans les ovariotomies qu'il pratiquait dans sa clientèle. Aussi ne saurai-je assez remercier M. Spencer Wells de l'obligeance qu'il m'a témoignée pendant mon séjour à Londres, et je m'acquitte d'une dette, en lui témoignant ici publiquement ma reconnaissance.
